

Доц. С.Н. Занько,
проф. А.Н. Косинец

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Витебский государственный
медицинский институт
(ректор — проф. А.Н. Косинец)

С внедрением в клиническую практику лапароскопических методов диагностики и лечения появились новые возможности для изучения и коррекции функционального состояния и нарушений органов и тканей малого таза. Лапароскопический доступ позволяет широко использовать ряд локальных воздействий на органы малого таза для лечения воспалительных процессов и коррекции местного гомеостаза.

На основании результатов проведенных исследований, нами разработан комплексный этиопатогенетический способ лечения хронического воспаления придатков матки. Лечение разделено нами на этапы, которым дается в статье клиническая характеристика.

В работе приведены итоги обследования и лечения 109 больных воспалительными заболеваниями придатков матки с выраженным спаечным процессом малого таза. Разработанные лечебные и профилактические мероприятия позволили существенно улучшить клиническое течение и прогноз хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Использование предлагаемого метода позволяет решать вопросы функциональной реабилитации этих больных, что имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение.

Воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) являются одной из наиболее важных проблем в современной гинекологии. Несмотря на несомненный прогресс в лечении воспалительных заболе-

ваний гениталий, имеется стойкая тенденция к росту их числа, склонность к хроническому течению процесса с частыми рецидивами, приводящими к нарушению различных функций гениталий [1, 4]

Частые обострения хронических воспалительных процессов приводят к длительной утрате временной трудоспособности женщин, являются показанием для госпитализации больных и, нередко, оперативному лечению [3].

В связи с широким внедрением в клиническую практику лапароскопических методов диагностики и лечения появились новые возможности для изучения и коррекции функционального состояния и нарушений органов и тканей малого таза. Лапароскопический доступ позволяет широко использовать ряд локальных воздействий на органы малого таза для лечения воспалительных процессов и коррекции местного гомеостаза

В основу работы положены итоги обследования и лечения 109 больных воспалительными заболеваниями придатков матки с выраженным спаечным процессом малого таза, наблюдавшихся в женских консультациях и гинекологических отделениях родильного дома №1, городской клинической больницы №3 г. Витебска, в Республиканском научно-практическом центре «Инфекция в хирургии» и отделении микроинвазивной хирургии.

Лечение заболевания каким-либо одним средством, направленным лишь на одно из звеньев в сложной цепи патогенеза хронического сальпингоофорита, не является решающим. В связи с этим, на основании результатов проведенных исследований, нами разработан комплексный этиопатогенетический способ лечения хронического воспаления придатков матки. Лечение разделено нами на этапы, включающие следующие мероприятия:

1. Мероприятия, проводимые в предоперационном периоде:

1. Санация половых путей женщины и лечение полового партнера.
2. Использование актопротекторов.

3. Гормональная терапия.

II. Интраоперационные мероприятия:

1. Функционально реконструктивные микроинвазивные операции органов малого таза.

2. Санация малого таза.

3. Дренирование малого таза.

4. Интраоперационная профилактика спаечного процесса.

5. Локальная иммунотерапия.

III. Лечебные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде:

1. Комбинированная антибактериальная терапия.

2. Гепаринотерапия.

3. Динамическая лапароскопия.

4. Иммунокорригирующая терапия.

5. Интервальная гипоксическая тренировка.

IV. Коррекция нарушений гомеостаза и функциональных нарушений:

1. Гормональное лечение.

2. Антиоксидантная терапия.

Приводим клиническую характеристику и результаты проведенных лечебных мероприятий.

I. Мероприятия, проводимые в предоперационном периоде:

1. Санация половых путей женщины и лечение полового партнера.

Необходимость санации влагалища у больных, страдающих хроническими сальпингоофоритами, определяется высокой бактериальной обсемененностью. По нашим данным, у этих больных более чем в 80% случаев выявляется 3-4 степень частоты влагалища, у 57% женщин диагностирован бактериальный вагиноз. Оперативное вмешательство является фактором высокого риска активации влагалищной флоры, что может приводить к обострению воспалительного процесса придатков матки и вызвать ряд послеоперационных осложнений.

Учитывая полученные нами результаты, препаратом выбора для местной антибактериальной терапии был димексид. Димексид использовался в виде 30% раствора для влагалищных тампонов. Влагалищные тампоны использовались в процессе предоперационной подготовки не менее 10 дней. Предоперационная санация считалась успешной при достижении у больной 1-2 степени чистоты влагалища.

2. Использование актопротекторов.

С целью увеличения противоопухолевой резистентности тканей [2] во время и после операции за 5 дней до вмешательства начинали прием актопротектора (антиоксиданта) биметилла. Биметилл применялся 2 раза в день внутрь по 0,25 г. Учитывая куммулятивность действия препарата он использовался 5-дневными циклами с такими же перерывами в приеме. Прием препарата продолжали до проведения контрольной оценки состояния гемодинамики малого таза. При отсутствии ложного эффекта прием препарата продолжали до трех месяцев.

3. Гормональная терапия.

Для решения вопроса об объеме функционально-реконструктивной операции и целесообразности вмешательства на яичниках проводилась оценка гормональной функции яичников: наличие овуляции, длительность и полноценность лютеиновой фазы, содержание гормонов яичников в динамике менструального цикла. Выбор времени проведения оперативного вмешательства определялся фазой менструального цикла. Оптимальным временем считали середину второй фазы цикла, когда за счет высокой концентрации прогестерона обеспечивается максимальное подавление пролиферации фибробластов. При ановуляторном менструальном цикле или недостаточности желтого тела за месяц до операции назначалась заместительная гормональная терапия синтетическими прогестинами.

II. Интраоперационные мероприятия:

1. Функционально-реконструктивные микроинвазивные операции на органах малого таза.

Оперативные вмешательства у всех больных должны производиться во время клинической ремиссии хронического воспалительного процесса.

У всех больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки оперативные вмешательства производятся под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

При ревизии органов малого таза у оперируемых больных выявляется ряд патологических изменений внутренних половых органов. У 91,4% женщин наблюдается спаечный процесс малого таза

различной степени выраженности (классификация по Hulka et al.): 1 стадия спаечного процесса диагностирована у 18% больных, 2 стадия — у 24,5%, 3 стадия — у 33%, 4 стадия выявлена у 24,5% женщин. У 26% больных выявляется синдром Фитц-Хью-Куртиса.

Во время лапароскопических вмешательств, при использовании хромосальпингоскопии, у большинства 71% женщин выявляется непроходимость маточных труб, причем у 44% из них диагностируется непроходимость обеих маточных труб. У 36% женщин обнаружены различные варианты хронических абсцессов малого таза: гидро- и сактосальпинксы, пиосальпинксы, tuboовариальные абсцессы, абсцессы прямокишечно-маточного и пузырно-маточного углублений.

У 72 пациенток имеет место патология яичников: поликистоз яичников выявляется у 53% больных (причем в большинстве случаев поликистоз был двусторонним), склерокистоз яичников — у 11%, кисты яичников — у 16%, кистомы — у 5% женщин.

Во время лапароскопии у 27% женщин обнаруживаются миоматозные узлы различной локализации и размеров. У 22% больных обнаруживаются различные аномалии расположения матки в малом тазу и аномалии развития матки (двурогая и седловидная матка), у 21% женщин диагностируется гипоплазия внутренних половых органов. Варикозное расширение сосудов малого таза (в основном параметральных сосудов) наблюдается у 22,4%.

Необходимость производства сальпингостомий определяется тем, что у этих женщин спасчный процесс являлся причиной трубного бесплодия. В процессе сальпинголизиса у этих пациенток из-за грубых интратубарных изменений не удавалось полностью восстановить проходимость фимбрианальных отделов маточных труб.

Сальпингэктомия производится у женщин с реализованной генеративной функцией. У этих пациентов до операции согласовывался вопрос о хирургической стерилизации, но визуальная оценка состояния маточных труб после сальпинголизиса решала вопрос в пользу удаления маточной трубы. В некоторых

случаях удаление трубы произведено во время аднексэктомии (tuboовариальный абсцесс).

Яичники удалялись в случае обнаружения кистом, кист или tuboовариальных абсцессов при тотальном вовлечении в патологический процесс всей ткани яичника. При наличии возможности удаления патологического образования в пределах здоровой ткани и в случаях склерокистоза яичников производится резекция яичников.

Демедуляция яичников с помощью глубокой электрокаутеризации производится у женщин с вирильным синдромом, а также при сочетании склеро- и поликистоза яичников. При «чистом» поликистозе яичников производится поверхностная каутеризация (декортикация). Целью этой манипуляции является вскрытие множественных поверхностных кист и частичное удаление белочной оболочки яичника в пределах бессосудистой зоны (около 2/3 поверхности яичника).

2. Санация малого таза.

После завершения малоинвазивного вмешательства у всех больных осуществляли санацию малого таза перфузией 5% раствора димексида или 0,02% раствора хлоргексидина биглюконата (или его комбинацией с 3% перекисью водорода в соотношении 10:1). Тщательно струйно промывали все органы, пространства и карманы малого таза. Обычно использовали до 1 литра вышеназванных растворов. Затем жидкость (при использовании перекиси водорода с пеной) удаляли с помощью электроотсоса. При необходимости (избыточное количество фибрина) процедуру повторяли.

3. Дренирование малого таза.

Показания для дренирования малого таза при производстве микроинвазивных функционально-реконструктивных операций были следующие:

- ♦ наличие признаков активного воспаления или высокий риск послеоперационных осложнений инфекционного характера;

- ♦ наличие выраженной инфильтрации и гиперемии внутренних половых органов, висцеральной или париетальной брюшины;

- ♦ вскрытие абсцессов малого таза различной локализации;

- ◆ большое количество мутного экссудата в маточно-прямокишечном пространстве;

- ◆ синдром Фитц-Хью-Куртиса.

- ◆ высокая вероятность развития послеоперационного спаечного процесса и необходимость проведения комплекса мероприятий, направленных на его профилактику:

- ◆ спаечный процесс малого таза 3-4 степени;

- ◆ сочетанные вмешательства на внутренних половых органах (матка, маточные трубы, яичники и др.).

Два трубчатых дренажа через подвздошные области располагали в малом тазу (один из них в маточно-прямокишечном пространстве, второй в области максимальной операционной травмы). Через перфорационные отверстия вставляли микроирригаторы для последующего введения препаратов для локальной иммунотерапии. Дренажные трубки удалялись на 4-5 сутки (при выполнении динамической лапароскопии дренажи удалялись при первой повторной лапароскопии).

4. Интраоперационная профилактика спаечного процесса.

У всех больных проводился комплекс мероприятий, направленный на профилактику образования послеоперационных спаек:

- а) предотвращение накопления фибрина в перитонеальном экссудате:

- ◆ тщательное удаление экссудата из брюшной полости во время операции;

- ◆ дренирование брюшной полости;

- ◆ ранняя контрольная лапароскопия.

- б) уменьшение вторичного воспалительного процесса и экссудации из раны:

- ◆ перфузия 5% раствором димексида или 0,03% хлоргексидина биглюконата во время операции, по дренажам или при динамической лапароскопии;

- ◆ назначение антибиотиков при выявлении флоры и определении ее чувствительности к антибактериальным препаратам, а также при наличии при повторных лапароскопиях признаков активного воспаления.

- в) гидрофлотация - скольжение и разведение белковых компонентов раневого экссудата введением во время операции и в послеоперационном периоде

барьерных растворов для создания искусственного асцита (декстраны, изотонический раствор хлорида натрия до 100 мл.).

5. Локальная иммунотерапия.

Для решения проблемы повышения иммунологической реактивности и местной антиинфекционной резистентности (влагалище, цервикальный канал, малый таз) нами применен метод параметральной иммунотерапии.

Учитывая низкую эффективность введения иммуностимулирующих препаратов в полость малого таза, иммунотерапия осуществляется путем интраоперационного введения Т-активина в иммунокомпетентную ткань – параметральную клетчатку. Т-активин, разведенный в 10 мл физиологического раствора, вводится в клетчатку между листками широких маточных связок интраоперационно эндоскопически на глубину 1-1,5 см. Такое введение препарата способствует инициации интерстициального отека, при котором поглощение лекарственного препарата происходит преимущественно концевыми участками лимфатических капилляров.

III. Лечебные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде.

1. *Комбинированная антибактериальная терапия.*

Проведенные нами микробиологические исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев у больных хроническими сальпингоофоритами во влагалище, цервикальном канале (в 80,3% случаев) и перитонеальном экссудате (у 56% больных) определяется полимикробная аэробно-анаэробная флора. Для биоценоза влагалища было характерно преобладание среди аэробов кишечной палочки, среди анаэробов чаще встречались бактероиды, гарднереллы и микоплазмы. В содержимом цервикального канала обращает на себя внимание возрастание частоты обнаружения хламидийной инфекции (24%). Для перитонеального экссудата малого таза характерным является высокая частота анаэробных возбудителей (бактероидов, микоплазм) и хламидий. Причем из содержимого влагалища и перитонеального экссудата выделялось у некоторых больных до 5 микроорганизмов. Это, на наш взгляд, свидетельствует о бесперспектив-

ности антибактериальной монотерапии.

Наиболее чувствительны аэробные микроорганизмы были к следующим антибактериальным препаратам: амикацину, гентамицину, имипенему, клиндамицину, офлоксацинам. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее эффективно действуют на анаэробные микроорганизмы клиндамицин, имипенем, метранидазол, цефотаксим и офлоксацины. Учитывая особенности состава микрофлоры, результаты полученных антибиотикограмм и рекомендации ВОЗ по лечению ВЗОТ, нами предложены и применены комбинированные схемы антибактериальной терапии хронических сальпингоофоритов (таблица 1).

Таблица 1. Клинические схемы комбинированной антибактериальной терапии больных хроническими сальпингоофоритами.

Основные комбинации антибактериальных препаратов	Альтернативные комбинации антибактериальных препаратов
1. Клиндамицин 300 мг в/м через 6 часов 5-7 дней + гентамицин 80 мг в/м через 8 часов.	Амикацин 80 мг в/в каждые 12 часов и метрагил 0,5 г внутривенно каждые 8 часов.
2. Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в сутки и цефокситин 2г внутримышечно каждые 8 часов.	Офлоксацин 400 мг перорально по 400 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней + клиндамицин перорально по 450 мг 4 раза в сутки в течение 14 дней или метронидазол перорально по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней (для амбулаторного использования).

Примечание: лечение необходимо продолжать не менее 48 часов после клинического улучшения и далее больные должны получать, независимо от применяемой схемы, внутрь доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки или клиндамицин по 450 мг в сутки до 14-го дня лечения.

Первая схема признана в настоящее время «золотым стандартом» для лечения смешанных инфекций. Она обладает широким спектром противомикробной активности, включая анаэробные бактерии. Наиболее важным компонентом данной схемы является клиндамицин, обладающий поистине уникальными возможностями. Он оказывает стимулирующее влияние на неспецифические факторы защиты, такие как хемотаксис и фагоцитоз.

Нами использовались две основные

комбинации антибактериальных препаратов: 1-й вариант был применен у 54 больных, 2-й - у 52 больных (выбор второго варианта определялся наличием хламидий или синдрома Фитц-Хью Куртиса).

Причем каждый раз после проведенных микробиологических исследований и полученной чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам указанные схемы подвергались анализу и при необходимости корректировались.

В послеоперационном периоде продолжалось местное введение антибактериальных средств (через дренажные трубки или при динамической лапароскопии) до 4-5 суток.

2. Гепаринотерапия.

Назначение гепарина в послеоперационном периоде необходимо для восполнения дефицита естественных антикоагулянтов и улучшения реологических свойств крови, что является одним из мероприятий, направленных на профилактику послеоперационного спаечного процесса. Кроме того, одним из ведущих факторов агрессии микроорганизмов, выявляемых у наших больных, является гепариназа. Поэтому назначение гепарина необходимо также для нейтрализации фермента гепариназы.

Гепарин был применен нами в комплексном лечении больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки в послеоперационном периоде у 42 больных. Антикоагулянт в дозе 70 ед/ кг массы больной вводили в

подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки живота 3-4 раза в сутки, начиная с 1-х суток послеоперационного периода. Длительность гепаринотерапии составляла, как правило, 5-7 суток.

В результате применения гепарина ни у одной из обследуемых больных не было отмечено побочных реакций и осложнений.

3. Динамическая лапароскопия.

Динамическая лапароскопия используется для решения трех основных задач: лечения послеоперационного спаечного процесса, санации малого таза и проведения лапароскопической интраоперационной параметральной иммунотерапии. Поэтому показаниями для динамической лапароскопии у больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки являются:

1. Высокий риск развития послеоперационного спаечного процесса:

- ♦ спаечный процесс малого таза 3-4 степени;
- ♦ сочетанные вмешательства на внутренних половых органах (матка, маточные трубы, яичники и др.);
- ♦ наличие признаков активного воспаления или высокий риск послеоперационных осложнений инфекционного характера;
- ♦ наличие выраженной инфильтрации и гиперемии внутренних половых органов, висцеральной или париетальной брюшины;
- ♦ вскрытие абсцессов малого таза различной локализации;
- ♦ большое количество мутного экссудата в маточно-прямокишечном пространстве;
- ♦ синдром Фитц-Хью-Куртиса.

2. Выраженные признаки вторичного иммунодефицита (значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета в крови больных, подавление местного секреторного иммунитета, часто рецидивирующие воспалительные процессы влагалища).

Для динамической лапароскопии используется набор частей пластикового троакара 12 мм, модифицированного нами для повторных исследований у одной и той же больной без повторных проколов передней брюшной стенки.

Набор состоит из укороченной до 5

см гильзы троакара с дополнительными отверстиями для фиксации верхней части ее к коже узловыми швами (не менее 3) и клапанной части с краном для подачи газа. Дополнительно использовались стерильные резиновые пробки для медицинских флаконов. Стиллет троакара использовался без модификации.

Лапароскопическое исследование проводилось с помощью операционных лапароскопов фирм «DUFNER» и «AESCULAP» (Германия) по следующей методике.

В конце первичного оперативного вмешательства, которое проводится через собранный по частям троакар, лапароскоп извлекается, клапанная часть троакара снимается с гильзы, последняя фиксируется к коже узловыми швами и герметично закрывается резиновой пробкой. На гильзу накладывается асептическая повязка. При динамической лапароскопии после снятия повязки и обработки операционного поля из гильзы удаляется заглушка (пробка), и присоединяется клапанная часть троакара, которая стерилизовалась в парафармалиновой камере. Через троакар медленно вводится оптика. На данном этапе необходимо убедиться, что внутренний конец гильзы находится в брюшной полости. После этого создается пневмоперитонеум и проводится лапароскопия.

Повторные лапароскопические исследования выполняются с интервалом 2-3 дня, сроки их проведения планируются заранее. Лапароскопический контроль продолжают до появления четких признаков регресса воспалительных явлений и ликвидации адгезивных процессов (но не более 3 исследований).

Повторные вмешательства проводились под общим обезболиванием с введением внутривенно сомбревина или калипсола для выполнения болезненных и длительных лечебных манипуляций (активная санация брюшной полости, лизис спаек).

Динамическая лапароскопия произведена у 26 больных. Осложнений, связанных с оставлением гильзы в передней брюшной стенке и выполнением контрольных исследований, не наблюдали ни у одной больной.

У больных после разрушения образовавшихся спаек проводился комплекс

мероприятий, направленный на профилактику образования послеоперационных спаек, санация малого таза и параметральная иммунотерапия.

У пациенток в первые 2-3 суток был серозно-геморрагический выпот в полости малого таза. Количество выпота и преобладание в нем геморрагического компонента увеличивалось после лизиса спаек. Отмечалось воспаление висцеральной и париетальной брюшины в виде незначительного отека и гиперемии маточных труб, особенно в ампулярных отделах, петехиальных кровоизлияний на участках разделения спаек. Данная лапароскопическая картина характерна для раннего послеоперационного периода при всех операциях и расценивалась как нормальное течение.

Реакция на операционную травму уменьшалась и исчезала у большинства больных к 4-5 суткам.

У 16 больных после реконструктивных операций к 3-м суткам выявлены спайки. У большинства пациенток они были рыхлыми, студенистыми, в виде фибринозных слипаний и легко разрушались манипулятором.

Важно отметить, что первую лапароскопию после операции необходимо производить не позднее 2-3 суток, в более поздние сроки (6-7 сутки) эффективный лизис спаек уже не представляется возможным.

Более чем у 50 % пациенток на 4-5 сутки после реконструктивных операций на маточных трубах спайки отсутствуют. Это явилось показанием для удаления гильзы и ушивания раны. У остальных лапароскопический контроль осуществлялся до 3 повторных вмешательств. Максимальный срок наблюдения составил 9 суток (3 повторных лапароскопии). У 19 больных с помощью предложенного комплекса мероприятий нам удалось ликвидировать спаечный процесс малого таза.

4. Параметральная иммунокорригирующая терапия.

В послеоперационном периоде у больных с выраженными признаками вторичного иммунодефицита (значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета в крови больных, подавление местного секреторного иммунитета, часто рецидивирую-

щие воспалительные процессы влагалища) нами продолжена параметральная локальная иммунотерапия.

Повторные введения Т-активина осуществлялись в послеоперационном периоде при динамической лапароскопии (до 3 раз). При отсутствии показаний к дальнейшей динамической лапароскопии и необходимости продолжить введение иммуномодулятора в параметральном пространстве оставлялся микроирригатор. Через микроирригатор вводился Т-активин с той же кратностью и на такие же сутки, как и при программной динамической лапароскопии.

Эффективность предлагаемой иммунотерапии в комплексной терапии больных хроническими сальпингоофоритами оценивали в динамике послеоперационного периода ряду показателей иммунологической реактивности и местной антиинфекционной резистентности.

У больных, получавших локальную иммунотерапию, в послеоперационном периоде отмечалось стойкое повышение в содержимом влагалища иммуноглобулина А. Уровень содержания этих иммуноглобулинов был достоверно выше по сравнению с показателями больных хроническим воспалением придатков матки без введения иммуностропных препаратов, а также доноров (на 5-7 сутки, в сравнении с аналогичным параметром у доноров, уровень иммуноглобулина А имел тенденцию к повышению). Содержание других иммуноглобулинов во влагалище на протяжении лечения не имело достоверных отличий от показателей обеих сравниваемых групп.

Использование Т-активина при параметральном пути введения приводит к значительному росту содержания IgA в цервикальной слизи. У больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, не получавших в процессе лечения иммуностропные препараты, на протяжении всего лечения и во время клинической ремиссии мы наблюдали статистически достоверное снижение ($P < 0,05$) этого показателя по сравнению с донорами. При использовании иммунотерапии содержание этого иммуноглобулина возрастало более чем в 2 раза и не имело достоверных отличий от показателей доноров.

Таким образом, использование параметральной иммунотерапии позволило добиться существенного улучшения показателей местной антиинфекционной резистентности. Это выражалось в увеличении содержания в процессе проводимого лечения уровня иммуноглобулинов (особенно IgA) в содержимом влагалища и цервикального канала. Проводимое лечение, оказывало выраженный стимулирующий эффект на функциональную активность нейтрофилов и моноцитов, что существенным образом определяет состояние неспецифической антибактериальной резистентности у больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

4. Интервальная гипоксическая тренировка (ИГТ).

С целью нормализации нейроэндокринных нарушений и ограничения их влияния на уровень специфического и неспецифического иммунитета в комплексном лечении больных хроническими сальпингоофоритами нами использовалась интервальная гипоксическая тренировка (ИГТ). При использовании этого метода мы рассчитывали на улучшение кровообращения малого таза, которое реализуется через повышение капилляризации тканей под воздействием гипоксической стимуляции.

Для получения необходимых гипоксических газовых смесей с заданным процентом содержания кислорода использовалась установка «ГИПОКСИКАТОР ГЯКР 01».

У больных, получавших ИГТ, начиная с седьмых суток до конца лечения, оставался достоверно высоким ($P < 0,05$) уровень кортизола по сравнению с больными, не получавшими ИГТ. В динамике лечения ИГТ показатель содержания кортизола повышался достоверно к 7-м суткам по сравнению с предыдущим значением этого параметра у тех же больных.

На фоне использования ИГТ в комплексном лечении больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки происходят существенные изменения в содержании гормонов щитовидной железы. К концу лечения с использованием ИГТ показатели содержания Т3 и Т4 хотя и не имеют достоверных отличий от таковых в сравнивае-

мой группе, имеют выраженную тенденцию к повышению и нормализуются. Кроме того, к концу лечения восстанавливается отрицательная обратная связь между изменениями уровней тиреоидных гормонов и ТТГ.

В результате применения интервальной гипоксической тренировки мы наблюдали существенное воздействие проводимого лечения на состояние неспецифического клеточно-опосредованного и гуморального иммунитета у больных хроническим сальпингоофоритом.

До проведенного лечения 67 женщин (61%) отмечали выраженный стойкий болевой синдром малого таза. Среднее число обострений в год в основной группе составляло 3,24. По данным тестов функциональной диагностики менструальный цикл у 78 (72%) женщин был ановуляторным, у 61 пациентки (56%) диагностирована непроходимость одной или обеих маточных труб. В связи с этим 84 (77%) прооперированных больных имели сопутствующий диагноз первичного или вторичного бесплодия. Все больные отмечали высокую частоту (2-3 раза в год) воспалительных заболеваний влагалища, которые субъективно выражались в усилении отделяемого из влагалища слизистого или слизистогнойного характера.

Комплексное лечение хронического сальпингоофорита позволило существенным образом влиять на некоторые патогенетические механизмы течения и развития хронического воспалительного процесса придатков матки. Проведение функционально-реконструктивных операций в сочетании с последующим комплексом лечебных мероприятий привело к улучшению кровотока малого таза, регуляции нейроэндокринной дискоординации и ограничению ее воздействия на иммунную систему. Результатом явилось улучшения состояния иммунологической реактивности и местной антиинфекционной резистентности больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

Стойкий болевой синдром сохранился у 12 пациенток (субъективно с меньшей степенью выраженности), что является, на наш взгляд, проявлением тазовой невралгии и требует использования нейротропных препаратов при дальней-

шем лечении. Обострения воспалительного процесса в течение года наблюдений зафиксированы у 41 больной (среднее число обострений в группе в год 0,38). У 65 пациенток мы наблюдали спонтанный и у 24, при использовании гормональной стимуляции, овуляторный цикл (82%). В течение первого года после проведения комплексного лечения беременность наступила у 21 женщины.

Таким образом, разработанные лечебные и профилактические мероприятия позволили существенно улучшить клиническое течение и прогноз хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Использование предлагаемого метода позволяет решать вопросы функциональной реабилитации этих больных, что имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович Г.И. Окружающая среда и репродуктивное здоровье женщин // Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях (Сборник научных работ VI съезда акушеров гинекологов и неонатологов Беларуси, 27-29 мая 1997 г., г. Гомель). — Минск, 1997 — Т. I. С.18-21.
2. Питкевич Э.С., Сачек М.Г., Лызиков А.Н., Фомин А.В., Стебунов С.С., Москалев К.В., Шаркова Л.И. Антигипоксанта (актопротекторы): итоги экспериментального изучения и перспективы клинического применения в хирургии. // Новости хирургии - 1996 -N1 - С.60-66.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. — М., Медицина, 1996. — 255 с.
4. Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф., Баскаков В.П. Анаэробные инфекции в акушерско-гинекологической практике. - Санкт-Петербург.: Питер. -1995. - 313 с.